



dup

Geneva
Lane Medical

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — CLINIQUE MÉDICALE
DIRECTEUR: PROFESSEUR-DOCTEUR M. ROCH

Les premiers signes du Tabès

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Morris BERMAN, Lic. ès lettres
U. S. A.



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1929

Thèse N° 1299

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — CLINIQUE MÉDICALE
DIRECTEUR: PROFESSEUR-DOCTEUR M. ROCH

Les premiers signes du Tabès

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Morris BERMAN, Lic. ès lettres
U. S. A.



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1929

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur M. ROCH, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées

Genève, le 15 Juillet 1929.

Le Doyen :

Prof. Dr M. Roch.

Cette brève étude est tendrement dédiée à mes parents, en témoignage de ma reconnaissance pour leur affection, leur aide et leur encouragement sympathique, qui m'ont permis de devenir ce que je suis.

L'observation exacte des choses
qui sont sous nos yeux demande
beaucoup de philosophie.

J. J. ROUSSEAU.

PRÉFACE

Dans le court travail présenté ici nous avons tenté d'exposer le sujet des « Premiers signes du tabès » d'une façon à la fois simple, logique et claire.

Les ouvrages de STEVENS, WHITE, COLLET, FOURNIER et d'autres ont été librement consultés dans la préparation de cette thèse.

Notre reconnaissance s'adresse à M. le Prof. ROCH, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève, dont l'exemple de sincérité, de bon sens et d'enthousiasme donné dans ses cours, et dont la personnalité sont une inspiration pour chacun.

Nos remerciements vont aussi à M. le Prof. LONG, neurologue de l'Université de Genève (Suisse) et de la Faculté de Paris, qui a bien voulu nous autoriser à utiliser librement les observations d'hôpital relatives au tabès.

PLAN DE LA THÈSE

INTRODUCTION.

- 1^o Exposé général.
- 2^o Symptomatologie en général.
- 3^o Classification.

Chapitre premier. — TROUBLES SENSITIFS.

A. *Subjectifs.*

- 1^o Douleurs :
 - a) mobiles.
 - b) fixes.
 - c) crises viscérales (gastriques, etc.).
- 2^o Sensibilité superficielle :
 - a) Tintements (sensoriels).
 - b) Engourdissements.
 - c) Fourmillements.

B. *Objectifs.*

- 1^o Hyperesthésies.
- 2^o Paresthésies.
- 3^o Anesthésies.
 - a) Superficielles (cutanées).
 - b) Profonde :
 - 1^o musculaire
 - 2^o osseuse
 - 3^o articulaire.
 - c) Viscérale (testiculaire, stomacale, trachéale, etc.).

Chapitre II. — TROUBLES GÉNITO-URINAIRES.

- A. Troubles urinaires.
- B. Troubles génitaux.

Chapitre III. — TROUBLES OCULAIRES.

A. Troubles des nerfs des yeux.

B. Troubles pupillaires.

Chapitre IV. — TROUBLES DES RÉFLEXES.

A. Réflexes tendineux (profonds).

1^o Rotulien.

2^o Achilléen, etc.

B. Réflexes cutanés (superficiels).

1^o Crémastérien.

2ⁿ Plantaire.

3^o Abdominal.

4^o Anal.

C. Réflexes pupillaires (Argyll-Robertson).

Chapitre V. — STATISTIQUES D'HOPITAL RELATIVES AU TABÈS,
(1919 à 1929) et CONCLUSIONS.

Chapitre VI. — DIAGNOSTIC.

A. Des symptômes et signes. Examen du liquide céphalo-rachidien. Réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien. Réaction de Wassermann du sang.

B. Diagnostic différentiel. Rhumatisme. Migraine. Gastrite. Ulcère d'estomac. Vomissements de la grossesse. Rétrécissement de l'urètre. Cystite. Accidents prostatiques. Crise de coliques néphritiques. Prurit. Maladies comportant l'absence des réflexes rotuliens. Hystérie. Neurasthénie. Paralysie générale. Polynévrite, etc.

CONCLUSION.

INTRODUCTION

1^o EXPOSÉ GÉNÉRAL.

De nos jours le terme de tabès dorsal, ou simplement de tabès (du latin *tabes consumptia*) est universellement adopté pour désigner une maladie nerveuse systématique de la moelle et des racines postérieures, causé par le virus syphilitique. Anatomiquement elle est caractérisée par une dégénérescence progressive des neurones sensitifs ascendants atteignant le système radiculaire postérieur. c'est-à-dire la racine postérieure et son ganglion, ainsi que les fibres exogènes qui servent à former le faisceau de Burdach et de Goll, et attaquant souvent aussi certains nerfs craniens, spécialement le nerf optique ; cliniquement elle est caractérisée par l'incoordination et des troubles sensitifs.

2^o SYMPTOMATOLOGIE EN GÉNÉRAL.

Maladie à début polymorphe, à allure capricieuse, à durée variable, le tabès comprend de multiples symptômes, l'un d'eux occupant parfois plus ou moins longtemps le premier plan. Cette variété du tableau morbide explique la multiplicité des formes ; le tabès classique, à symptomatologie si riche, est de moins en moins observé dans la pratique, où l'on se trouve généralement en présence de ce qu'on appelait jadis les formes frustes.

L'affection évolue d'ordinaire chez un sujet qui a dépassé la quarantaine. Les premières phases peuvent être si insidieuses que le médecin ne fera le diagnostic qu'au hasard d'un examen neurologique complet. D'autres fois le début semble brusque et manifeste par une série de symptômes qui conduisent le malade à demander un avis. Les périodes pendant lesquelles le malade éprouve des symptômes qui peuvent être séparées par de longs intervalles de calme. Ce peut être une fracture spontanée, l'augmentation brusque de volume d'une articulation, l'apparition d'un mal perforant, qui font songer à la nécessité d'une intervention chirurgicale. C'est, d'autrefois, la perte des facultés viriles qui attire l'attention ou bien ce sont des troubles de la miction, des crises

soi-disant coliques néphrétiques, des douleurs vésicales. C'est aussi l'occuliste qui se trouve en présence d'un ptosis avec ou sans diplopie, parfois des phénomènes d'insuffisance de la vision pouvant aller jusqu'à la cécité. C'est encore à l'occasion de crises douloureuses d'intolérance gastrique que le médecin est consulté. Ailleurs c'est un ictus laryngé ou une diminution de l'acuité auditive; cet autre constatera la chute indolore des dents, parfois aussi un mal perforant buccal. Il est fréquent que le tabès se révèle uniquement par des crises de douleurs fulgurantes ou des troubles ataxiques. L'attention du médecin est alors nettement attirée vers le système nerveux, et l'examen des yeux (signe d'Argyll), la recherche de l'incoordination motrice (signe de Romberg), l'étude des réflexes (signe de Westphal) lui font porter un diagnostic que vient confirmer la ponction lombaire.

3^o CLASSIFICATION.

Aussi n'est-il pas possible de décrire le tabès en un exposé suivi, du début à la fin, car il s'agit d'une maladie chronique très lentement progressive, au cours de laquelle peuvent survenir des rémissions, et dont les symptômes sont aussi nombreux que variables.

Il vaut donc mieux, selon la pratique usuelle, diviser la maladie en trois périodes, chacune d'elle est caractérisée par un groupe assez vaste de symptômes distincts.

Ces trois périodes sont :

- 1^o La période préataxique (incipiens).
- 2^o La période d'ataxie (d'incoordination).
- 3^o La période paralytique.

L'étude suivante, est, conformément au titre un exposé de l'état actuel de la question du stade initial ou préataxique, stade dans lequel on note les premiers signes du tabès et qui, pour le moment, nous intéresse tout particulièrement.

Les symptômes initiaux peuvent durer une année et plus, le patient jouissant d'une bonne santé physique et étant capable de se livrer à ses occupations.

Dans les chapitres qui suivent, je ne ferai qu'énumérer les symptômes qui ordinairement attirent les premiers l'attention du malade. Un tableau typique est l'exception bien plus que la règle.

TROUBLES SENSITIFS

Ils sont subjectifs, c'est-à-dire accusés par le malade, ou objectifs, c'est-à-dire révélés par l'examen.

A. Troubles subjectifs de la sensibilité.

1° *Les douleurs.* — Les phénomènes douloureux sont très précoces et manquent rarement. Ils revêtent plusieurs formes :

- a) Les douleurs mobiles.
- b) Les douleurs fixes.
- c) Les crises.

a) *Les douleurs mobiles*, fulgurantes, dans les membres inférieurs surtout, ou en divers points du corps, peuvent s'observer dès la première année de maladie. (Se souvenir que les douleurs fulgurantes s'observent dans les méningo-radculites localisées). Elles sont présentes dans 95% des cas, décrivant le trajet d'un nerf qu'elles traversent comme un éclair, et que les malades comparent à une étincelle électrique; douleur lancinantes, douleurs térébrantes avec sensation de torsion, comme si les chairs étaient perforées par une vrille, douleurs ardentes avec sensation de brûlure. Ces douleurs s'accompagnent quelquefois, mais non pas toujours, d'élévation de la pression artérielle. Elles sont toutes vives, violentes, passagères et paroxystiques, se reproduisent plusieurs fois par minute et ne durent généralement pas plus de quelques secondes. Il n'est pas rares qu'elles soient si violentes qu'elles arrachent des cris aux malades. Elles peuvent précéder l'apparition d'autres symptômes de quelques mois ou même de plusieurs années (22 ans selon ERB) et sont l'indice d'une léptoméningite ou d'une radculite causées par l'action du virus syphilitique. Elles sont souvent prises pour du rhumatisme, car, comme celui-ci, elles sont grandement influencées par les changements de temps.

b) *Les douleurs fixes*, permanentes, sont essentiellement

constrictives. Il semble au malade que son thorax (douleur en ceinture), ses membres, sont comme serrés dans un étau. La plus commune est la douleur en ceinture ; viennent ensuite les douleurs en cuirasse, en brodequin, en bracelet. Les névralgies de la face ne sont pas rares.

c) Les *crises viscérales* n'ont leur valeur que lorsqu'elles sont accompagnées par d'autres symptômes. Il en est de même des crises douloureuses laryngées, intestinales, rectales, génitales, rénales, hépatiques. On pourrait en dire autant des ostéo-arthropathies du tabès ; elles peuvent exister chez certains syphilitiques sans aucun signe de tabès (BABINSKI et BARRÉ). D'après SICARD, le mal perforant peut rester prétabétique pour ainsi dire d'une manière indéfinie. A ce point de vue, on se rappellera encore les atrophies musculaires, le pied tabétique, la main en griffe, etc. Ces crises viscérales sont très fréquentes dans la période préataxique, mais elles peuvent se présenter à n'importe quelle période de la maladie.

1° Les *crises gastriques* sont de beaucoup les plus communs de ces accidents. Elles apparaissent habituellement comme un des phénomènes les plus précoces du tabès et souvent précèdent de longtemps les autres symptômes. Débutant brusquement et cessant brusquement, elles se traduisent par une douleur violente paroxystique, au creux épigastrique, retentissant dans le dos, irradiant dans l'aîne et dans l'épaule, sans troubles gastriques antérieurs. En même temps, se produit une hypersécrétion qui s'accompagne de vomissements incessants, très abondants et très pénibles, du contenu gastrique d'abord, puis de bile ; parfois surviennent des hématomèses. La crise dure plusieurs heures, parfois plusieurs jours. Certains tabétiques présentent des crises quotidiennes. Les crises gastriques violentes s'accompagnent généralement du moins au début de la maladie, d'élévation de la pression artérielle. Les inhalations de nitrite d'amyle, médicament vasodilatateur, peuvent amener un soulagement, généralement transitoire. Dans quelques cas, la douleur est insignifiante ou absente, et il n'existe que des vomissements incessants : dans d'autres, les crises se traduisent par une hypersécrétion gastrique paroxystique. En même temps que ces symptômes, on note de la pâleur, des sueurs froides, un pouls filant (la compression du plexus solaire peut faire

disparaître les battements du poulx : réflexe solaire), et la perte de connaissance (quand la crise se prolonge). Les crises durent plusieurs jours et se reproduisent à intervalles, variables de plusieurs semaines à plusieurs mois. Dans ces intervalles les fonctions digestives sont habituellement normales.

L'établissement du diagnostic requiert beaucoup de prudence. Dans plus d'un cas de tabès, l'abdomen a été ouvert pour un ulcère gastrique perforé ou quelque autre maladie de type très voisin. Cependant l'abdomen n'est pas rigide comme dans la péritonite ; il n'y a pas de dyspepsie, ni avant, ni après la crise. Les palpitations et l'arythmie cardiaques sont fréquentes, de même que l'élévation de la pression artérielle, ainsi qu'il a été dit au-dessus. Les rayons X montrent une contraction spasmodique de l'estomac. Pour OSLER, les crises sont dues à un angiospasme des vaisseaux gastriques et mésentériques.

Les crises suivantes peuvent survenir, bien qu'elles soient rares normalement :

- 1^o Crises intestinales (diarrhée).
- 2^o Crises rectales (coliques paroxystique graves, avec diarrhée, rétention et spasme).
- 3^o Crises vésicales (strangurie).
- 4^o Crises urétrales.
- 5^o Crises génitales (priapisme ou sensations voluptueuses violentes).
- 6^o Crises clitoridiennes.
- 7^o Crises rénales (pseudo-colique rénale).
- 8^o Crises oculaires.
- 9^o Crises nasales (crises d'éternuement décrites comme symptôme tabétique initial).
- 10^o Crises bronchiques (avec de la toux).
- 11^o Crises cardiaques (avec pseudo-angine).
- 12^o Crises pharyngées (avec hoquet opiniâtre).
- 13^o Crises laryngées et diaphragmatiques avec cyanose et dyspnée.

2^o *Sensibilité superficielle.* — Les malades se plaignent parfois de troubles de la sensibilité subjectives des plus variés : tantôt sensation d'engourdissement, de toile d'araignée, de carton humide, siégeant aux membres inférieurs, à l'avant-bras, en particulier sur le trajet du cubital, à la

face (masque tabétique), tantôt fourmillements, tantôt prurit, en général localisé et strictement limité à une région déterminée, l'anus ou les paupières par exemple. Ce prurit, tenace et paroxystique, pourra être le signal-symptôme de certaines manifestations, telles les crises gastriques (MILIAN).

Les troubles de la sensibilité résultent de l'atteinte des méninges des racines sensorielles, qui provoque des altérations des fonctions sensitives.

B. Troubles objectifs de la sensibilité.

La sensibilité objective n'est pour ainsi dire jamais intacte, et l'on note des hyperesthésies, des anesthésies et des paresthésies.

1^o *L'hyperesthésie.* — L'hyperesthésie est un phénomène très fréquent. Au niveau de la peau on trouve des bandes ou plaques d'hyperesthésie. Elles coïncident et disparaissent avec les crises de douleurs fulgurantes, ou elles en sont indépendantes, et alors le moindre attouchement détermine dans les régions lombaire, mammaire, interscapulaire, une douleur intolérable. Donc une piqûre, une pression légère, le contact d'un cheveu, provoqueront des douleurs atroces, tout à fait disproportionnées à l'intensité de l'excitant.

2^o *Les paresthésies.* — Les paresthésies sont communes sous forme de *retard* des sensations pouvant atteindre plusieurs secondes ; de *persistance*, de *dissociation* de ces sensations : le contact lors d'une piqûre précédant de trois ou quatre secondes la douleur ; *d'erreur de localisation* de l'excitation : une piqûre à la jambe peut être localisée au bras ou à un point symétrique du membre opposé ; *d'erreur d'appréciation* de la nature de l'excitation : piqûre prise pour brûlure, chaud pour froid ou inversement.

On sera encore à même de constater un certain élargissement des cercles de Weber, des hyperesthésies, des anesthésies intéressant plus ou moins tous les modes de sensibilité.

Cependant ces troubles sont variables d'un jour à l'autre, influencés par l'état psychique du sujet, par un examen prolongé, par la sommation des excitations (piqûre répétée au même endroit) qui les fait disparaître.

3^o *Les anesthésies.* — Les anesthésies ont les lieux d'é-

lections suivants: Sous-mammaire, bord cubital des bras, région épigastrique, scrotum et grandes lèvres, bord externe du pied, jambes, siège, bandes péri-tronculaires.

a) Considérées par les uns comme irrégulières, de formes variables, sans rapport avec un territoire nerveux, elles sont envisagées par des autres comme des anesthésies ou des hypoesthésies de type radiculaire (HITZIG, DÉJERINE).

Souvent l'anesthésie des téguments n'existe pas à tous les modes. On admet qu'en général la sensibilité à la chaleur et à la douleur peut persister quoique atténuée, tandis que la sensibilité tactile a disparu. Bien souvent aussi il s'agit seulement d'une hypoesthésie à tous les modes. On peut même observer une véritable dissociation de la sensibilité. Ce sera par exemple la sensibilité thermique ou douloureuse qui disparaîtra, alors que les autres formes de la sensibilité resteront intactes (syringomyélie); mais c'est tout à fait exceptionnel.

b) Les anesthésies profondes ont été très bien étudiées en ces dernières années:

• Perte du sens musculaire (baresthésie).

• Perte de la sensibilité osseuse appréciable au diapazon.

Anesthésie articulaire, le malade perdant la notion de ses doigts ou d'un membre entier.

Anesthésie des troncs nerveux qui se traduit par l'absence de douleur à la pression du cubital dans la gouttière épitrochléenne (BIERNACKI) ou du sciatique poplité externe sur la tête péronière.

Jamais ces anesthésies profondes ne sont parallèles aux troubles de la sensibilité superficielle.

c) On a signalé aussi des anesthésies viscérales: Testiculaires (PITRES). Prunelle de l'œil à la pression. Stomacale à la pression du creux épigastrique. Trachéale. Mammaire. Vésicale (GENOUVILLE), d'où rétention d'urine possible. Urétrale et anale. Anesthésie du tendon d'Achille.

Le signe de Romberg peut aussi être rattaché à ce groupe. Ce phénomène est constant et apparaît généralement de façon précoce, longtemps avant l'établissement de l'ataxie.

TROUBLES GÉNITAUX-URINAIRES

A. Troubles urinaires (de la miction).

Ils sont caractérisés par : parésie vésicale, dysurie au début, plus tard des phénomènes qui ont fait appeler ces malades des faux urinaires ; et plus tard encore par la rétention d'urine suivie par une vie de cathéterismes, de cystite, etc.

La constipation est de règle.

B. Troubles génitaux.

Ils se caractérisent au début par :

1^o Des phénomènes aphrodisiaques (coït fréquent, pertes séminales, crises clitoridiennes chez la femme), remplacés bientôt par :

2^o Des signes de dépression (anaphrodisie et impuissance).

3^o La stérilité est fréquente chez les femmes. On a cité cependant des cas où l'accouchement put se faire à peu près sans douleur.

Mais les troubles génitaux sont surtout fréquents au cours de la période ataxique.

TRoubles OCULAIRES

A. Troubles des nerfs des yeux.

Ils se caractérisent par :

- 1^o Paralysie des nerfs moteurs.
- 2^o Diplopie.
- 3^o Strabisme.
- 4^o Ptosis.
- 5^o Amblyopie, amaurose, névrite optique.

L'amaurose, considérée autrefois comme indiquant le tabès, est rattachée généralement à la syphilis (A. LÉRI).

Il existe une méningite optique primitive (de LAPERSONNE et BOURDIER) qui paraît indépendante du tabès et de la paralysie générale.

Le 3^{me} nerf est le plus fréquemment touché, moins souvent le 6^{me} et rarement le 4^{me}.

L'atrophie optique apparaît dans 20 % des cas ; elle est parfois très précoce et constitue le premier indice de la maladie.

B. Troubles pupillaires.

Les anomalies pupillaires sont communes :

- 1^o Inégalité pupillaire (anisocorie).
- 2^o Irrégularité pupillaire.
- 3^o Immobilité pupillaire à la lumière et à l'accommodation.
- 4^o Myosis, en règle générale, mais occasionnellement mydriase.
- 5^o Phénomène d'Argyll-Robertson (la pupille réagit à l'accommodation mais pas à la lumière, c'est à dire qu'il y a immobilité de la pupille à la lumière).

La pupille d'Argyll-Robertson est une présomption très forte de l'attaque de système nerveux central, spécialement du tabès (80 %) ou de parésie générale, mais elle n'est pas absolument pathognomonique de ces affections puisqu'elle a été noté également dans la syringomyélie (DÉJERINE et MIRALLIÉ), l'alcoolisme (NONNE et ROCH), les traumatismes (VINCENT), les tumeurs atteignant les tubercules quadrijumeaux (BUZZARD).

Le phénomène d'Argyll-Robertson peut exister pendant de nombreuses années *sans aucun autre symptôme*. On pense que cette réaction anormale est due à une lésion du ganglion ciliaire.

TROUBLES DES RÉFLEXES

Etat des réflexes.

Ce sont les réflexes :

- A. Tendineux (profonds), rotulien, achilléen, etc.
- B. Cutanés (superficiels), crémastérien, plantaire,
- C. Pupillaires (Argyll-Robertson). [abdominal.

A. Réflexes tendineux.

1° *L'abolition du réflexe rotulien*, désigné sous le nom de signe de Westphal, est causée par une lésion occupant la région de la bandelette externe de l'étage dorso-lombaire de la moelle. Ceci explique pourquoi les réflexes rotuliens persistent dans le tabès cervical, pourquoi ils ne disparaissent que tardivement dans le tabès descendant.

2° Le réflexe du tendon d'Achille est également aboli, plus rarement ceux du biceps et du triceps brachial. Il y a en somme dans le tabès une abolition ou tout au moins une diminution des réflexes tendineux.

B. Réflexes cutanés.

1° Les réflexes abdominaux, crémastérien et plantaire sont très souvent exagérés. Au début ils peuvent rester longtemps normaux, mais ils finissent par s'atténuer et disparaître.

Ils restent ordinairement normaux. On voit cependant quelquefois le réflexe plantaire aboli, mais bien après la disparition des réflexes tendineux.

2° *Le réflexe anal* (contraction du sphincter quand on excite la muqueuse anale) disparaît, d'après ROSSOLINO, quand

le tabès se complique d'une affection viscérale du bassin (vessie, rectum).

3^o *Le réflexe bulbo-caverneux* (durcissement du périnée par contraction de ses muscles lorsqu'on excite le gland) indique par son absence l'impuissance génitale.

C. Réflexes pupillaires.

Le signe d'Argyll-Robertson, malgré son importance, appartient plus à la syphilis en général qu'au tabès : on l'observe dans la méningite, dans la paralysie générale.

STATISTIQUES D'HOPITAL

Nous donnons ci-après une statistique systématique des cas de tabès observés au cours des dix dernières années à l'Hôpital Cantonal de Genève, en considérant spécialement les premiers symptômes de l'affection.

Nombre total des cas en dix ans (1919—1929) = 29.

Moyenne = 2,3 par année. Cette moyenne est presque constante.

1. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 632, 1918. — Homme, 57 ans,

Chancre et accidents secondaires :

a) Chancre spécifique : 18 ans.

b) Accidents secondaires : Jamais remarqués.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1918. En promenade il ressent une douleur brusque, comme une secousse dans tout le membre inférieur. Rentre chez lui tout lentement, mais ressent à chaque pas qu'il fait une sensation de tiraillement dans tout le membre inférieur droit. En même temps le genou droit plie chaque fois quand il fait un pas. Remarque quelques jours plus tard que le pied droit était enflé.

Diagnostic différent fait avant la reconnaissance du tabès :

1^o Myélite. 2^o Névrite périphérique. 3^o Ostéopériostite syphilitique. 4^o Tabès fruste.

Date de confirmation par la Réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = négatif.

b) Sang = 0

2. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 2143, 1919. — Homme, 67 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1917. Des raideurs dans les membres inférieurs (genou vers le pied). Pas de douleurs. Quelque temps après des douleurs surviennent vers la fin de la matinée, après les gros travaux.

Diagnostic : Tabès tardif.

Date de la confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = + faible 1919.

b) Sang = 0

3. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 275, 1920. — Homme, 50 ans.

Chancre et accidents secondaires :

a) Chancre spécifique : 25 et 28 ans, à la verge. La malade dit qu'il a eu deux fois à 3 ans de distance le même bouton à la même place.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1918. Le malade sent que ses jambes ne sont pas naturelles. Il se fatigue rapidement. De temps en temps il ressent quelques lancées dans les jambes.

1920. Argyll-Robertson. Romberg positif.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = + 1920.

b) Sang = négatif.

4. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 706, 1920. — Femme, 48 ans.

1917. Il y a trois ans que les douleurs apparaissent dans les jambes sous forme de fourmillements, de lancées, douleurs intermittentes.

1920. Pupille d'Argyll-Robertson positive.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = négatif.

Sang = négatif.

5. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1630, 1917. — Femme, 39 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1910. Douleurs dans les jambes sous forme de « piquées » brusques. Disparaissent.

1911. Ressent brusquement des douleurs au niveau de l'abdomen, comparables à des tiraillements ; en même temps brûlure recto-sternale, vomissements de diarrhée continus. L'abdomen est très douloureux.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = 0.

b) Sang = + 1920.

6. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1239, 1922. — Femme, 45 ans,

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1922. En se levant, la malade sent ses jambes un peu raide, la droite plus que la gauche. Pas de douleur, pas de fourmillements. Peu à peu la raideur s'accroît. Au début, la malade dit avoir ressenti un peu de raideur dans les mains, surtout aux petits doigts ; la force a diminué.

Elle sentait tout le temps sa jambe droite plus lourde.

Diagnostic : Tabès ataxique spasmodique, 1922, avec pupille d'Argyll-Robertson. Romberg positif.

7. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1469, 1920. Femme, 43 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1910 (33 ans). — Maux de tête. Douleurs rhumatismales. A partir de 1916 commence à souffrir de douleurs lancinantes dans l'abdomen. En même temps douleurs dans les bras.

Diagnostic: Tabès.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo.rachidien = ?

b) Sang = + 1920.

8. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1095, 1922. — Femme, 35 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

Elle sent un vertige. Fourmillements dans la main gauche. Ensuite 5 fausses-couches spontanées.

Diagnostic: Tabès (préataxique).

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = 0, 1922.

b) Sang = + 1922.

9. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 854, 1922. — Homme, 53 ans.

Chancre et accidents secondaires :

a) Chancre spécifique : 20 ans (1889).

b) Accidents secondaires : Roséole, plaque muqueuses.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1904 (35 ans). — Brusquement ressent des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Diagnostic différent avant la reconnaissance du tabès : Rhumatisme. Tabès (1922) confirmé.

10. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1315, 1921/22. — Femme, 51 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1920 (50 ans). — Douleurs fulgurantes dans les jambes, d'abord à gauche, puis à droite. Depuis trois mois (1928) elle présente des troubles urinaires.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = + (légèrement) 1922.

11. Malade à l'entrée à l'hôpital.

2375/114, 1915/16. — Femme, 50 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1911. Elle buvait beaucoup pour étancher une soif irrésistible.

1914. Douleurs dans les reins et jambes de temps en temps (fulgurantes).

1915. Argyll Robertson positif, Westphal positif, etc.

Diagnostic : Tabès fruste (de l'hôpital).

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = 0, 1915.

b) Sang = 0, 1915.

12. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 750, 1923. — Femme, 55 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1922. Après une chute, genou enflé, douloureux.

1923. Admis à l'hôpital.

Diagnostic : Tabès dorsalis probable.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = 0, 1923.

b) Sang = 0, 1923.

13. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 775, 1923. — Femme, 35 ans.

Accidents secondaires : Syphilis secondaire à 19 ans (1907 = 16 ans). Traitée, se porte bien jusqu'à la maladie actuelle.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1923. Jambes enflées. Il y a trois mois : Argyll-Robertson = +.

Romberg = +. Sensibilité osseuse = +. Douleurs.

Date la confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidienne = 0, Lymphocytose.

b) Sang = +.

14. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 155, 1923. — Homme, 39 ans.

Chancre spécifique : 27 ans (1911).

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1923. Digestion pénible, avec céphalée et nausée, ni gastralgie, ni colique. Diarrhée après quelques jours, coliques.

1927. Depuis 5—6 ans a souffert de douleurs que le malade appelait « rhumatismales » mais qui présentaient le caractère de douleurs fulgurantes siégeant aux membres inférieurs et supérieurs et au niveau de l'abdomen.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = + 1923, Lymphocytose.

b) Sang = 0.

15. Malade à l'entrée à l'hôpital,

Obs. 774, 1919 (65 ans), et 1924. — Homme.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1917. Des mouches volantes à l'œil droit. A la même époque il y a beaucoup de bourdonnements d'oreille. Il y a aussi des instants de vertige très fugitif.

1918. Vertige presque journalier au cours de cette année.

1919. Crises précordiales.

Diagnostic : Tabès fruste.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide de céphalo-rachidin = 0 en 1919 et 1924.

b) Sang = 0 en 1919 et 1924.

16. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1132/88: 1923/24. — Femme, 37 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1923. Faiblesse et douleurs dans les jambes.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann .

a) Liquide céphalo-rachidien = +.

b) Sang = +.

17. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1128, 1910/24. — Femme, 62 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1910. Des douleurs vagues dans les deux épaules et dans tout le membre inférieur. Ne sont pas persistantes, durent 2 à 3 jours puis disparaissent pour revenir au bout de peu de temps (douleurs sourdes). Pas de fausses-couches.

Diagnostic différent fait avant la reconnaissance du tabès :

Bronchite, rhumatisme, hémianopsie.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Sang = + (légèrement) 1911.

18. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 366, 1924. — Femme, 59 ans,

Les premiers symptômes (caractère) :

Vertige. Diplopie. Faiblesse. Douleurs. Pas de F. C.

Confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-Rachidien = +.

b) Sang = +.

19. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1081, 1925. — Homme, 55 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1924. Fatigue. Soif. Fourmillements.

Diagnostic : Tabès fruste (?).

Confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = —.

b) Sang = —.

20. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 731, 1925. — Femme, 38 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) : 1925 Miction rare. Dysurie.

Diagnostic : Tabès fruste.

Confirmé par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = —.

b) Sang = —.

21. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1023, 1924. — Femme, 43 ans.

Chancre spécifique et accidents secondaires :

Jamais remarqué. Mais elle a eu des rapports sexuels en 1915 avec un ami (= 6 ans).

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1921. Crises de vomissement. Sans douleurs au creux épigastrique.

Diagnostic : Tabès fruste.

Confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = —.

b) Sang = —.

22. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1060, 1925. — Homme, 60 ans.

Chancre spécifique : 19 ans (1894).

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1920. Douleurs et faiblesse dans les jambes.

23. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 729, 1925. — Femme, 80 ans.

Les premiers symptômes (caractère) : Douleurs intenses dans les jambes.

Diagnostic : Tabès fruste (diagnostic anatomique).

24. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1445, 1924/26. — Homme, 50 ans.

Chancre spécifique : 31 ans (1912).

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1904. Après la mort de sa femme il a commencé à souffrir à l'estomac. Les souffrances venaient par intervalles. Trois dyscspes.

Diagnostic différent fait avant la reconnaissance du tabès :

Gastrite, ulcère d'estomac, néoplasme.

Diagnostic : 1926 tabès fruste.

25. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 938, 1926. — Homme, 45 ans.

Chancre spécifique ; 1912 (31 ans).

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1923. Douleurs gastriques très fortes qui surviennent par crises sans horaire spécial et très irrégulièrement. Pendant ces crises

vomissait beaucoup et très souvent. Vomissements sanguins. Les crises douloureuses durent 4 à 5 jours puis disparaissent.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = 0.

b) Sang = 0.

1926. Liquide céphalo-rachidien = Elements 9 mm³. Prédomin. lymphos.

26. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 702, 1927. — Femme, 62 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1916. Crises hépatiques. 8 fausses-couches. Aortite.

Diagnostic : Aortite.

Date de confirmation par la réaction de Wassermann :

Sang = + 1926.

27. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1107, 1928. — Femme, 49 ans.

Les premiers symptômes (date caractère) :

1928. Douleurs en ceinture.

Diagnostic = Pleurite. Liquide céphalo-rachidien = Eléments 16.

Lymphos. Sang = +.

28. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 1670, 1909/28. — Femme, 61 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1879. Elle avait le pied gauche plus fatigué que le droit. Les pieds enflaient souvent.

1906. Fourmillements dans le pied droit.

1914. Douleurs lancinantes. Paraplégie. Quelques fausses-couches.

Diagnostic : 1909 tabès.

29. Malade à l'entrée à l'hôpital.

Obs. 286, 1929. — Femme, 38 ans.

Les premiers symptômes (date, caractère) :

1929. Brusquement la vue baisse. Peu après faiblesse des jambes.

Diagnostic : Tabès fruste.

Confirmation par la réaction de Wassermann :

a) Liquide céphalo-rachidien = Eléments 15 (lymphoc.), alb. 0,40.

b) Sang = + (légèrement).

CONCLUSIONS DES STATISTIQUES D'HOPITAL RELATIVES AU TABÈS

A. Temps d'apparition des symptômes.

1^o Au cours des dix dernières années, le nombre des cas de tabès relatés dans cette statistique s'élève à 29, la moyenne étant de 2,3 par année.

2^o Il ne semble d'ailleurs pas y avoir augmentation ou diminution d'une année à l'autre.

3^o La majorité des cas sont apparus dans la quatrième décade, la maladie survenant de dix à vingt ans après l'infection syphilitique et celle-ci s'étant faite entre la vingtième et la trentième année. Mais le chancre spécifique et la période éruptive secondaire ont été rarement constatés (8 cas, 27 % des cas) et, dans les cas où ils ont existé, ce ne fut que sous une forme modifiée, à peine reconnaissable.

4^o Dans la classe ouvrière, l'infection était contractée au cours de vacances ou d'un séjour (service militaire).

5^o Un cas (N^o 775), traité pour syphilis secondaire, n'en a pas moins fait du tabès, malgré le traitement, à 35 ans (16 ans après).

6^o La plupart des tabétiques ne peuvent se souvenir d'une infection primaire, où s'il y en a eu une, ils ne l'ont jamais remarquée.

7^o Comparativement aux statistiques (américaines) de la syphilis viscérale ou cutanée, le tabès est survenu dans moins de 1/2 %. Sur 99 syphilitiques, un seul fait du tabès. Cependant, en Europe, le tabès est beaucoup plus fréquent.

B. Symptômes initiaux.

Dans cette statistique, les symptômes initiaux furent :

1^o Douleurs ayant généralement débuté dans les extrémités inférieures et étiquetées rhumatisme.

2^o Douleurs précédant souvent de quelques mois ou de quelques années sans autre symptôme.

3^o Parasthésies initiales notées comme précédant les douleurs.

4^o Crises gastriques.

5^o Gonflement des jambes.

6^o Fatigue se généralisant progressivement et empirant.

C. Réaction de Wassermann.

Dans la majorité de ces cas, le Wassermann du liquide céphalo-rachidien (20 %) et aussi du sang (40 %) est resté négatif, d'où l'on peut conclure que si le Wassermann du sang a jamais été positif, ce fut seulement après l'infection syphilitique et pour une ou deux années successives; inversement, le Wassermann sanguin d'un vieux tabétique est négatif, et n'est positif que pendant une courte période après l'infection.

Dans tous les cas le Wassermann du liquide céphalo-rachidien a été presque constamment négatif, bien qu'il y eût toujours une lymphocytose.

D. — Quelques-uns des diagnostics erronés portés pendant la période allant de l'infection à l'apparition du tabès ont été les suivants (habituellement l'anamnèse indique que le patient a été bien portant jusqu'au moment où soudain il a ressenti de violentes douleurs, etc.):

- 1° Rhumatisme (10 %).
- 2° Sciatique.
- 3° Ulcère d'estomac (3 %).
- 4° Migraine.
- 5° Maladie de cœur (aortique) (3 %).

E. Fausses couches.

Il n'y a pas de fausses-couches chez nos tabétiques (sauf cas Nos 8 et 28) pas plus qu'il n'y en a eu au cours de la période allant de l'infection à l'apparition des premiers signes du tabès. D'après notre statistique, les fausses couches causées par le tabès sont négligeables (7 %).

F. Formes.

De toutes les formes du tabès :

- 1° Juvénile (enfants de 5—10 ans).
- 2° Rapide (maladie affaiblissant le malade en quelques mois, la mort survenant comme résultat de la paralysie).
- 3° Stationnaire ou bénigne.
- 4° A marche lente (cas ordinaires).
- 5° Tardive (débutant après 50 ans).
- 6° Fruste (ayant très peu de symptômes).

Les trois dernières ont été les plus fréquentes, surtout tabès fruste (40 % de nos cas) et tabès tardif (50 % de nos cas).

DIAGNOSTIC

En somme, le diagnostic du début d'un tabès peut s'établir d'après plusieurs symptômes :

A. Symptômes.

1° Signes de Westphal (abolition des réflexes tendineux, surtout chez les achilléens et le rotulien).

2° Signe d'Argyll-Robertson, qui peut être unilatéral (au début) ou bilatéral.

A eux seuls ces signes sont suffisants pour faire le diagnostic.

3° Douleurs fulgurantes.

4° Paralysies des muscles oculaires.

5° Troubles vésicaux.

6° Impuissance.

7° Crises gastriques.

8° Affections osseuses ou articulaires.

9° Troubles urinaires.

Mais un seul de ces signes est insuffisant pour faire le diagnostic.

Les cas à début fruste peuvent être indiqués par :

10° De la neurasthénie.

11° Des névralgies (trijumeau, nerf facial, lingual, etc).

12° Des crises de prurit localisé, etc. (tabès monosymptomatique).

13° Une réaction méningée qui peut révéler d'une manière précoce l'imminence du tabès.

La ponction lombaire pratiquée au lieu d'élection donne

a) Un liquide clair.

b) Non hypertendu.

c) Riche en albumine et globuline.

d) Lymphocytose (plus de 5 lymphocytes par cm^3)

e) Courbe tabétique de l'or (c'est-à-dire réaction partielle de l'or colloïdal).

f) Polynucléose discrète.

g) Réaction de Wassermann positive (70—80 % des cas,

au début) car chez un vieux tabétique, d'après les statistiques ci-dessus, c'est souvent négatif.

Le Wassermann du sang peut être positif.

Ces réactions indiquent que le malade peut être menacé de tabès, mais on peut les observer au début de la paralysie générale ou d'affections variées de l'axe cérébro-spinal.

Résultats typiques de laboratoire dans la syphilis du système nerveux. (Nonne 1915)¹

Diagnostic	Réaction de Wassermann du sang	Réaction de Wassermann 0,22 c.c. sérum sanguin	Liquide cérébro-spinal 1,0 c.c.	Phase « I » Globuline	Pléocytose
Parésie ou tabo-parésie	Positive presque 100 %	Positive 85-90 %	Positive 100 %	Positive 25-100 %	Positive environ 95 %
Tabès (non combiné à la parésie)	Positive 60-70 %	Positive 20 %	Positive 100 %	Positive 90-95 %	Positive 90 %
Syphilis cérébro-spinale	Positive 70-80 %	Positive 20-30 %	Positive presque toujours	Positive presque toujours, négative seulement exceptionnellement	Positive presque toujours

¹ Nous avons obtenu chez *un vieux tabétique* les chiffres suivants : Wassermann réaction du liquide céphalo-rachidien (20 %) et du sang (40 %).

B. Diagnostic différentiel.

S'il est impossible d'admettre un tabès monosymptomatique (il n'y a pas de signe pathognomonique en clinique), il est malgré tout délicat de préciser le nombre de symptômes nécessaires pour affirmer l'existence du tabès. Plus que le nombre, c'est la qualité qui décide. Chacun des éléments du tableau clinique du tabès incipiens peut prêter à de fausses interprétations et l'on commet généralement des erreurs de deux sortes : ou bien l'on envisage pas l'hypothèse de maladie nerveuse, ou l'on s'arrête à l'idée d'une affection nerveuse autre que le tabès.

Dans le premier cas, les douleurs sont attribuées à un rhumatisme. Les crises gastriques à une gastrite, à un ulcère d'estomac, aux vomissements incoercibles de la grossesse.

Les troubles urinaires pourront faire penser à un rétrécissement de l'urètre, une cystite, des accidents prostatiques, une crise de coliques néphrétiques.

Les prurits seront rapportés à des causes différentes.

L'abolition du réflexe rotulien, indépendamment du tabès, se rencontre souvent dans :

1° Les névrites périphériques (alcooliques, dyphthériques, etc.)

2° Les polynévrites antérieures (du côté paralysé).

3° Le coma, qu'elle qu'en soit la cause.

4° La section complète de la moëlle épinière.

CONCLUSION

Pour terminer, il convient de rappeler que la théorie et la pratique, de même que le laboratoire et la clinique ne vont pas toujours de pair. En fait, l'expérience semble prouver que c'est l'exception plus que la règle, car même si le Wassermann du sang, spécialement chez les vieux tabétiques, est fréquemment négatif, même si la ponction lombaire est souvent négative, cela exclut-il l'existence du tabès ? Assurément, les observations cliniques et celles de laboratoires devraient, idéalement, être confirmées les unes par les autres. Mais le praticien ne devrait jamais dépendre de du laboratoire si ses observations cliniques sont suffisantes pour étiqueter un cas « tabès ».

Le médecin doit se baser sur son bon sens, car la médecine, comme la vie elle-même, présente des complications et des énigmes, et ce n'est qu'en possédant ce bon sens et un esprit ouvert à l'opinion d'autrui qu'il pourra éventuellement triompher et se rendre ainsi utile à la Société.

Comme l'a dit justement le regretté Dr HUMBERT :

« En médecine, comme en amour,
Ni jamais, ni toujours ».